

The European study of referrals from primary to secondary care

Citation for published version (APA):

Fleming, D. M. (1993). *The European study of referrals from primary to secondary care*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Thesis Publishers. <https://doi.org/10.26481/dis.19930617df>

Document status and date:

Published: 01/01/1993

DOI:

[10.26481/dis.19930617df](https://doi.org/10.26481/dis.19930617df)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

CHAPTER 8

SUMMARY

EUROPEAN STUDY OF REFERRALS FROM PRIMARY TO SECONDARY CARE

The Importance of Referrals

The pace of technological advance in medicine is leading towards a situation in which even the richest nations need to 'take stock' and ask how far resources can be allocated to medical care. There is firstly a financial question - how much money can be made available for medicine? Medicine must compete with education, with national defence, with environmental issues etc. for an appropriate allocation of national resources. There is a moral question - how much value do we place on a man's life? The converse of this question is concerned with how much risk is acceptable in his medical management? Equally important, in the moral sense is the question of prioritising between competing problems. Few would argue against giving a person with cancer priority in treatment over one with inguinal hernia, even though the benefits of treatment in the broadest sense might be better for the patient with the inguinal hernia.

These questions and the related issues of manpower resources, medical training, the rights of the individual within a society etc., have steered the countries of Western Europe into differing systems for delivering healthcare. All however have systems of primary care (healthcare services available directly to people in the community) and of secondary care (services generally though not exclusively available by referral from the primary provider). In most cases, primary care is of a generalist nature and secondary care specialist. In all countries, specialist or secondary care is experiencing the greatest pressure for increased resources (OECD, 1987). It is also the area in which at least in the public eye, the moral dilemmas are felt are seen most keenly - which patient should be chosen for a donor kidney? How long should a patient stay on a life support machine? In reality however, the entire medical profession is struggling with the question - how much risk is acceptable in medical management? The critical step for the general practitioner and for the financing of a health service is the decision to seek a second or specialist opinion.

National methods of delivering healthcare are a reflection of cultural norms and differing attitudes towards healthcare and medicine. They are governed by differing legislative arrangements for providing and financing it. As a result, there are substantial differences at the interface between primary and secondary care. These have been described in a related publication "The Interface Study" (Comac-HSR, 1990), which was conducted as a collaborative exercise within the European General Practice Research Workshop (Hull, 1982). This report is concerned with the second stage of an analysis of the interface: an operational study of the referral process in European countries.

Study Objectives

The aims of the study were:

1. To define and compare national referral patterns.
2. To identify cohorts of general practitioners in each country with high and low referral patterns and to compare practice/doctor characteristics in each group both within each country and internationally.
3. To examine delay patterns for specialist consultation and for surgical treatment.
4. To provide individual general practitioners with summarised referral data.

The study was not conceptualised against a background of hypotheses to be tested. Rather, it was designed to exploit the information which could be made available at reasonable cost from participating doctors who, for the most part, were self selected. Each of the recruited doctors was required to describe thirty consecutive referrals. The method effectively produced a sample of referred patients who were representative of patients referred by that doctor. For some purposes such as the examination of delays in the referral process, the patients can be regarded as a representative selection of patients within the referral process of a country. For others, such as the influence of the patient on the decision to refer, this may not be the case. Self selection by definition implies recruitment of doctors who are willing to have their work examined, albeit to a limited extent. However, the pressures influencing recruitment are similar in each country and conclusions drawn from the comparisons between the countries have general application.

With regard to national referral patterns and delays within them, this study is chiefly concerned with an examination of the operational findings from the general practitioners in relation to six elements of healthcare structure:-

1. The availability of general practitioners as measured by their density per population.
2. The availability of specialists as measured by their density per population.
3. The remuneration system of general practitioners.
4. The remuneration system of specialists.
5. The means of access to specialist care.
6. The existence of training programmes for general practice.

This thesis also presents a detailed consideration of the influence of workload on general practitioner referral performance. For this purpose, each set of general practice referral data was standardised by the indirect method to the appropriate national distribution of consultations. There are undoubtedly major weaknesses in the use of consultations as a denominator but there is no suitable alternative. The issues are discussed in the report but the most important concerns the relative practice variation in consultation rates which is much less than variation in referral rates (however these are measured).

National Differences

1548 gps working in 15 European countries were recruited. The data base included details of 860,000 consultations and 44,000 referrals. Most of the data were collected during the latter part of 1989 or early part of 1990. Consolidated data from each country are reported in the appendix.

Consultations and Visits:- During the study, recorders were required to describe all consultations by age and sex and place of consultation. They were also asked to define weeks which they considered were part of their normal working arrangements. General practitioners in FRG averaged 220 consultation in a normal week and at the other extreme, those in Norway averaged 60. In Belgium the gps made 58 visits per week (46% of all consultations), FRG was second with 36 (16%) and in Portugal, home visiting was least with only one visit per week. These differences partly reflect differing arrangements for emergency care but there was some evidence within the data that consultation rates were influenced by general practitioner payment arrangements with more services provided where fee for service arrangements applied. In general, gps working in countries with strong gp training programmes, undertook fewer consultations than those where training was weak.

Referrals- The average number of referrals per week was greatest in FRG and Italy. As rates per 1000 consultations, Norway, Italy and Denmark took the first three positions though had indirect referrals been included (referrals without direct contact between patient and doctor at the time), FRG would have been ranked first. Interpretation of the national data was particularly difficult because of the unknown number of self referrals by open access to specialists. However, the data point to the rather obvious conclusion that in those country where a high density of specialists exists, referrals from gps are more frequent. Demands/needs are identified which effectively consume available resources. Countries with maximum opportunity for patients to consult specialists directly, disclosed lower referral rates than countries with restricted access. However, the proportion of gp referrals to medical specialists was higher in these countries relative to the proportion of referrals to surgical specialists.

Variation in referral rates:- The degree of variation in the referral rates reported in each country was similar (an approximate twofold variation between the 80th and 20th centile rates), suggesting that the problem of variability among doctors in the way they refer is independent of the healthcare structure within a country.

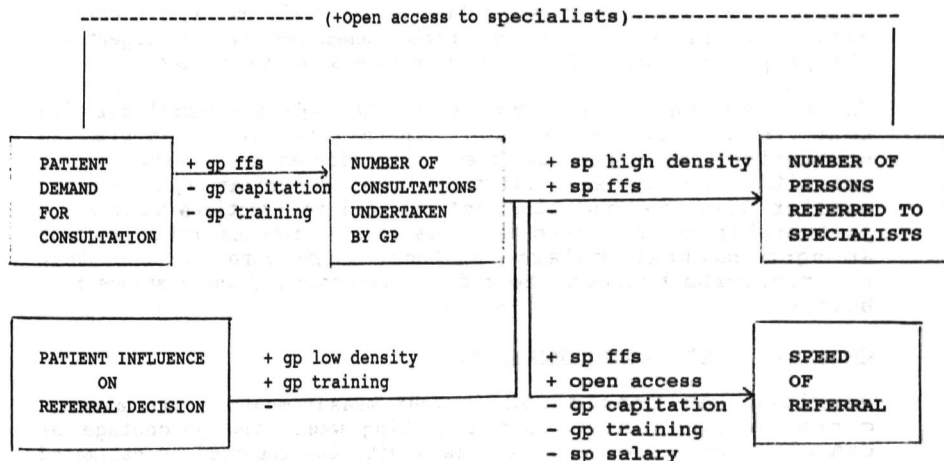
Patient influence on the referral decision:- In the description of each referral, recorders were asked to identify the extent to which they considered themselves influenced by the patient. In this context, patient influence was only considered in those circumstances in which the clinical indications for referral were not absolute, as for example for a patient with acute appendicitis. This analysis disclosed a particularly interesting result in the Netherlands where approximately 60% of referral decisions were perceived to be influenced by the patient. At the other extreme, in Italy only 32% of referral decisions were influenced in this way. Those countries in which gp training

programmes were strong, generally had lower referral rates yet were more open to the influence of patients on the referral decision. There are perhaps three types of general practitioner:- one who sees his role as an advocate for the patient obtaining what services he can to satisfy patient demand but not recognising those demands to be a form of pressure: one who sees his role as an advocate for the health service rationing resources more in accordance with need and his judgement as to what the service can bear: and one who sees his role as a counsellor for the patient. This last model is of course much more open to recognise and to permit the patient's influence on medical decisions.

Delays for specialist appointment- There were some very striking differences in the delays experienced by patients waiting for specialist appointment. In Belgium at the one extreme, 87% of patients were seen within four weeks. There were many countries in which more than 80% of patients were seen in this time. Belgium, France, FRG, Italy, Spain and Switzerland. At the other extreme, delays were maximum in the United Kingdom where only 39% were seen within four weeks. Countries in which the specialists were remunerated by fee for service were reported with appreciably less delay for specialist appointment than those where specialists were remunerated by salary. Delays were also greater where gps were remunerated by capitation and these are commonly the same countries in which gp training programmes are strong.

A patient flow model:- The major findings in this international comparison of healthcare structures are summarised as a model in the figure.

MODEL ILLUSTRATING INFLUENCE OF STRUCTURAL VARIABLES
ON CONSULTATION AND REFERRAL FLOWS



gp = general practitioner sp = specialist ffs = fee for service

The arrows represent patient flow. Identified above the arrows

are the positive factors (+) which accelerate flow and beneath them, the negative ones (-) which retard it. At the top of the figure open access to specialists has been entered as an accelerating factor between patient demand for consultation and the number of persons referred to specialists though these data are not strictly available from this study.

Taking the United Kingdom and FRG as example countries with very different healthcare structures, this model explains the large differences in health utilisation rates. In the UK, a gp capitation system and strong training programme act to reduce patient demand for consultation and are associated with delays in referral. Patients are perceived to influence the referral decision but they have virtually no opportunity for direct access to specialists. In the FRG, gp fee for service increases patient demand for consultations, specialist fee for service increases the number of referrals and is associated with minimal delays. The absence of a strong training programme has no retarding effect on demand, though a low density of gps allows increased patient influence on the referral decision: a high density of specialists increase the numbers of persons referred.

Practice Characteristics in Relation to Referral Performance

In order to study doctor/practice characteristics, a standardised referral ratio (SRR) was derived for each participating gp. SRR values were ranked in each of the countries and recorders were separated into quintiles (Highest, Above Average, Average, Below Average, Lowest). The quintile groups from each country were consolidated into international groupings, each made up of approximately 300 recorders and therefore concerned with 9,000 referrals. The quintile groups were examined with regard to the composition of doctors by age and sex, the experience of the doctors, the location of the practices, the partnership structure, measures of the workload of doctors derived from the study, the relative distribution of referrals by major specialty group, the proportion of referrals deemed immediate or urgent and the proportion perceived to be influenced by the patient.

There were more female doctors in the Highest referral quintile than in the Lowest (31.0% compared with 22.2%). There was statistical evidence of trend from Highest to Lowest. General practitioners in all quintiles were of similar age, reported similar time in practice and belonged to practices of similar partnership size. There was a small bias towards urban practice amongst Highest referrers though there were no consistent relationships between the referral category and the distance from hospital.

General Practitioner Workload

Workload was considered in four measurements - the average consultations in a normal working week, the percentage of consultations involving a home visit, the reported or estimated registered list of patients (available for 755 out of the 1548 recorders), and the rate of consultations per 1000 registered persons. There was a very highly significant inverse trend between referral category and the average consultations in a normal week. General practitioners in the Highest category reported 151 consultations compared with 116 in the Lowest. Comparison of the data from the upper two quintiles in each

country compared with that from the lower two quintiles disclosed increased consultations among the gps with higher referral rates in each of the countries of Western Europe excepting Denmark and the Netherlands. The possibility that this result derived from some bias in the recording system was examined and refuted after careful consideration of the data.

No differences were disclosed with respect to percentage of consultations involving a home visit or the average registered list. The inverse trend between consultations and referral rate was also evident in the statistic for consultations per person registered. The Lowest category of referring doctors referred on average 4.3 patients per week and the Highest, 11.2 per week. The threefold different contrasts sharply with the small difference in the opposite direction involving recorders in the Lowest category with 151 consultations per week and those in the Highest category with 116.

Thus in most countries, the workload of a gp is associated with his referral performance. Association does not distinguish cause from effect. The most plausible explanation here is that doctors with low referral rates see patients more frequently perhaps to minimise the risk of 'missing something'. This of course not only affects their working pattern for those persons who are referred to specialists but is a product of their style of consultation.

The economic implications for financing a health service using controlled gp budgets are considerable since this conclusion would suggest that a budget for referrals should permit expenditure on increased consultation facilities. However, in the United Kingdom at the moment the budget for consultations is in effect the capitation system for payment and cannot be supplemented from the budget for referrals.

Standards of healthcare

The results of this study contribute to quality assessment in healthcare delivery. In some areas of medical care, standards are derived from the results of clinical experiments : in others, the notion of target achievement is more appropriate. This study has measured elements of the delivery of healthcare and highlighted differences. A standard of care which is seen to be deliverable in one country or, in one specialty within a country can become a realistic target in another. It has also brought to the fore issues which assist national health policy makers to address matters such as the importance and content of postgraduate training for general practice, and the relative manpower resource provision between specialists and generalists.

SAMENVATTING

EUROPEES ONDERZOEK NAAR VERWIJZINGEN VAN DE EERSTE NAAR DE TWEDE LIJN IN DE GEZONDHEIDSZORG.

De importantie van verwijzingen.

De snelle technologische ontwikkelingen in de geneeskunde leiden tot een situatie waarin ook de rijkste landen de 'balans moeten opmaken' en moeten nagaan in hoeverre middelen kunnen worden gereserveerd voor medische zorg. Daar is allereerst de kwestie van financiën - over hoeveel geld kan de gezondheidszorg beschikken? Waar het gaat om een weloverwogen besteding van de nationale middelen moet gezondheidszorg het opnemen tegen onderwijs, defensie, milieuvraagstukken enzovoort. Het is ook een ethische kwestie - hoeveel waarde hechten wij aan een mensenleven? Daartegenover staat de vraag welke risico's in de medische behandeling nog aanvaardbaar zijn. En net zo zwaarwegend is, in moreel opzicht, de prioriteitsvraag met betrekking tot moeilijk tegen elkaar af te wegen gevallen. Slechts weinigen zouden bezwaar maken als bij de keuze tussen behandeling van een kankerpatiënt of een herniapatiënt prioriteit zou worden verleend aan de kankerpatiënt, ook al zou de herniapatiënt in de breedst mogelijke zin meer baat hebben bij behandeling.

Deze vraagstukken, en de daarmee samenhangende kwesties van menskracht, medische opleiding, de rechten van het individu in de samenleving enzovoort, hebben geresulteerd in verschillende systemen van gezondheidszorg in de landen van West-Europa. Al deze landen hebben echter zowel primaire (eerstelijns) zorgsystemen (waar de burgers rechtstreeks een beroep op kunnen doen) als secundaire (tweedelijns) voorzieningen (waartoe men zich over het algemeen, maar niet exclusief, kan wenden na verwijzing door eerstelijns hulpverleners). In de meeste gevallen is de eerstelijns zorg generalistisch, en de tweedelijns zorg specialistisch van aard. In al die landen heeft de specialistische, of tweedelijns, zorgsector de grootste behoefte aan verruiming van de middelen (OECD, 1987). Daar zijn ook, zo denkt men tenminste, de morele dilemma's het grootst - welke patiënt komt het eerst in aanmerking voor een donornier? Hoe lang mag/moet een patiënt aangesloten blijven op beademingsapparatuur? Maar in werkelijkheid worstelt de hele medische beroepsgroep met de vraag: tot welke hoogte zijn risico's aanvaardbaar in het medische beleid? De beslissing om de mening van een collega of een specialist te vragen, is het kritieke punt voor de huisarts en voor de financiering van een nationaal gezondheidszorgsysteem.

De gezondheidszorgsystemen in de verschillende landen weerspiegelen de culturele normen en de verschillen in attitude ten opzichte van de geneeskunde en de gezondheidszorg. Zij zijn gebonden aan verschillende wettelijke voorschriften met betrekking tot de zorgverlening en de financiering daarvan. Dientengevolge zijn er aanzienlijke verschillen op het raakvlak van eerstelijns en tweedelijns zorg. Deze zijn beschreven in een publikatie getiteld "The Interface Study" (Comac-HSR, 1990), verslag van een gezamenlijk onderzoek in het kader van de European General Practice Research Workshop (Hull, 1982). Het

onderhavige rapport betreft de tweede fase van een analyse van dit raakvlak: een onderzoek naar het verwijzingsproces in Europese landen.

Doelstellingen

De doelstellingen van het onderzoek waren:

1. Het definiëren en vergelijken van wetmatigheden in national verwijzingsgedrag.
2. Het per land identificeren van groepen huisartsen met hoge en lage verwijzingscijfers, en het zowel per land als op internationaal niveau vergelijken van arts- en praktijkkenmerken van elke groep.
3. Het onderzoeken van de wetmatigheden in de wachttijden voor specialistenconsulten en chirurgische ingrepen.
4. De individuele huisarts van een kort overzicht van zijn verwijzingsgegevens te voorzien.

Het onderzoek was niet opgezet als een hypothesen toetsende studie. De opzet was veeleer om de informatie te gebruiken die zonder al te grote kosten kon worden verkregen van artsen die voor het merendeel op vrijwillige basis aan het onderzoek meewerkten. Ieder van hen werd gevraagd dertig achtereenvolgende verwijzingen te beschrijven. Deze methode resulteerde in een steekproef van verwezen patiënten die een goed beeld gaf van de patiënten die door de betreffende arts verwezen werden. Voor sommige doeleinden, zoals het onderzoek naar wachttijden in het verwijzingsproces, kunnen de patiënten worden beschouwd als een representatieve selectie van de patiënten binnen het verwijzingsproces van een land. Voor andere, zoals de invloed van de patiënt op de beslissing om te verwijzen, hoeft dat niet altijd op te gaan. Vrijwillige deelname houdt per definitie in dat artsen worden gerecruteerd die bereid zijn hun werk, zij het in beperkte mate, te laten onderzoeken. De factoren die de recrutering beïnvloeden, zijn in ieder land vrijwel gelijk, en conclusies die uit de vergelijkingen tussen de landen worden getrokken, zijn algemeen van toepassing.

Met betrekking tot nationale verwijzingswetmatigheden en de wachttijden die daarmee gepaard gaan, beoogt deze studie vooral de bevindingen uit de huisartsenpraktijken te onderzoeken in verhouding tot zes elementen van het gezondheidszorgsysteem:

1. De beschikbaarheid van huisartsen gemeten als het aantal betrokken op de totale bevolking (huisartsendichtheid).
2. De beschikbaarheid van specialisten gemeten als het aantal betrokken op de totale bevolking (specialistendichtheid).
3. Het hohoreringsysteem voor huisartsen.
4. Het vergoedingssysteem voor specialisten.
5. De toegankelijkheid van specialistische zorg.
6. De aanwezigheid van beroeps- en scholingsopleidingen voor huisartsen.

Dit proefschrift geeft behelst ook een gedetailleerde beschouwing van de invloed van de werklust op het verwijzingsgedrag van de huisarts. Voor dit doel werden de cijfers per praktijk indirect gestandaardiseerd met behulp van de verdeling van praktijkcontacten per land.

Er kleven ongetwijfeld grote nadelen aan het gebruik van contacten als noemer, maar er is geen geschikt alternatief. Deze

onderwerpen worden in het proefschrift behandeld, maar het belangrijkste onderwerp betreft de relatieve variatie tussen de praktijken in aantallen consulten, die veel kleiner is dan de variatie in verwijscijfers (hoe deze ook gemeten zijn).

Verschillen per land.

In 15 Europese landen werden in totaal 1548 huisartsen gerecruteerd. Het analysebestand bevatte de gegevens over 860.000 consulten en 44.000 verwijzingen. De meeste gegevens werden in de tweede helft van 1989 en de eerste maanden van 1990 vergaard. De voornaamste uitkomsten per land worden in de appendix vermeld.

Consulten en visites:- Gedurende de studie moesten de deelnemende artsen van elk consult zowel de leeftijd als het geslacht van de patiënt en de plaats van het consult noteren. Ook werd hen gevraagd aan te geven welke weken zij als normale werkweken beschouwden. De huisartsen in Duitsland noteerden gemiddeld 220 consulten in een normale werkweek en, het andere uiterste, de Noorse huisartsen kwamen uit op een gemiddelde van 60. De Belgische huisartsen noteerden gemiddeld 58 visites per week (46% van alle consulten), gevolgd door hun Duitse collega's met 36 per week (16%), terwijl Portugal het laagst scoorde met slechts één visite per week. Deze verschillen zijn deels een weerspiegeling van de verschillende wijzen waarop spoedeisende hulp is georganiseerd, maar in de gegevens waren ook aanwijzingen dat consultcijfers werden beïnvloed door de wijze waarop de huisarts wordt gehonoreerd, waarbij meer interventies werden verricht als huisartsen per verrichting werden betaald. Over het algemeen noteerden huisartsen die werkzaam waren in landen met goed georganiseerde opleidings- en scholingsprogrammes voor huisartsen minder consulten dan huisartsen in landen waar dergelijke programma's zwak ontwikkeld zijn.

Verwijzingen:- De gemiddelde absolute aantallen verwijzingen per week waren het hoogst in Duitsland en Italië. Per 1.000 consulten berekend scoorden Noorwegen, Italië en Denemarken het hoogst, maar als ook indirecte verwijzingen (verwijzingen zonder direct contact tussen arts en patiënt op dat moment) zouden zijn meegerekend, dan zou Duitsland het hoogst hebben gescoord. De nationale gegevens waren bijzonder moeilijk te interpreteren vanwege het onbekende aantal patiënten dat rechtstreeks naar de specialist ging. De gegevens wijzen echter op de tamelijk voor de hand liggende conclusie dat huisartsen vaker verwijzen in de landen met een hoge specialistendichtheid. Vragen/behoefte waar de beschikbare middelen in feite aan worden besteed, worden vastgesteld. Landen met een maximum aan mogelijkheden voor rechtstreekse contacten tussen patiënt en specialist gaven lagere verwijscijfers te zien dan landen waar de toegankelijkheid van specialistische zorg beperkt is. Het percentage verwijzingen van huisartsen naar medische (d.w.z. beschouwende) specialisten was in deze landen echter naar verhouding hoger dan het percentage verwijzingen naar snijvende specialisten.

Variatie in verwijscijfers:- De per land geregistreeerde variatie in de verwijscijfers gaf nauwelijks verschillen te zien (ongeveer een factor twee tussen het 20ste en het 80ste percentiel). Hieruit zou kunnen worden opgemaakt dat het probleem van de variabiliteit onder artsen met betrekking tot hun verwijsgedrag losstaat van het gezondheidszorgsysteem van het betreffende land.

De invloed van de patiënt op de beslissing om te verwijzen:- De deelnemende huisartsen werd gevraagd in de beschrijving van iedere verwijzing aan te geven in hoeverre zij dachten door de patiënt te zijn beïnvloed. In deze context werd de invloed van de patiënt alleen bekeken in situaties waarin de klinische indicatie voor verwijzing niet absoluut was, zoals in het geval van een patiënt met acute appendicitis. Voor Nederland leverde deze analyse het bijzonder interessante gegeven op dat ongeveer 60% van alle verwijsbeslissingen leek te zijn genomen onder invloed van de patiënt. In Italië, het andere uiterste, was bij slechts 32% van alle verwijsbeslissingen van deze invloed sprake. In de landen met sterke opleidingsprogramma's voor huisartsen waren de verwijscijfers over het algemeen lager, maar was de invloed van de patiënt op de verwijsbeslissing groter.

Er zijn mogelijk drie soorten huisartsen:

- de huisarts die zichzelf ziet als pleitbezorger van de patiënt en alles doet om aan diens eisen te voldoen, maar die eisen niet onderkent als een vorm van druk;
- de huisarts die zichzelf ziet als pleitbezorger van de gezondheidszorg en alleen die middelen gebruikt die nodig en naar zijn mening redelijk zijn;
- de huisarts die zichzelf als raadsman voor de patiënt beschouwt.

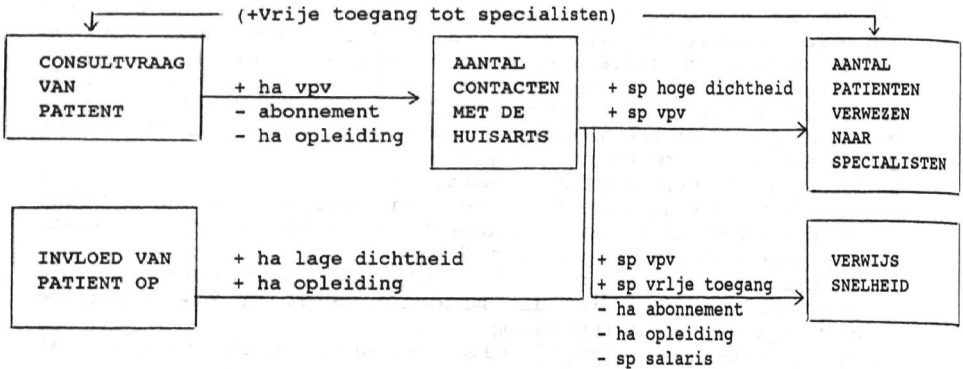
In dit laatste model is de huisarts natuurlijk veel meer geneigd de invloed van de patiënt op medische beslissingen te onderkennen en toe te laten.

Wachttijden voor afspraken met specialisten:- Er waren opvallende verschillen in de wachttijden alvorens patiënten een specialist konden spreken. In België, het ene uiterste, kon 87% van de patiënten binnen vier weken bij de specialist terecht. In veel landen gold dat voor ruim 80% van de patiënten: België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Spanje en Zwitserland. In het Verenigd Koninkrijk, het andere uiterste, had slechts 39% binnen vier weken een afspraak. In landen waar de specialisten per verrichting worden betaald waren de wachttijden aanmerkelijk korter dan in de landen waar de specialisten een salaris uitbetaald krijgen. Daar waar de huisarts per abonnement wordt betaald zijn de wachttijden ook langer. Dat zijn gewoonlijk ook de landen met sterke opleidingsprogramma's.

Patiëntenstroom.

De belangrijkste bevindingen van deze internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen zijn samengevat in de figuur.

MODEL TER ILLUSTRATIE VAN DE INVLOED VAN STRUCTURELE VARIABLEN OP DE STROOM VAN CONSULTEN EN VERWIJZINGEN



ha = huisarts vpv = vergoeding per verrichting sp - specialist

De pijlen staan voor patiëntenstroom. Boven de pijlen worden de positieve factoren aangegeven (+) die de stroom bevorderen, en onder de pijlen de negatieve (-) die de stroom afremmen. Bovenaan de figuur is rechtstreekse toegang tot specialisten vermeld als een factor die positief werkt op het aantal personen dat naar de specialist wordt verwezen, gegeven de behoefte van de patiënt aan contacten met de huisarts, hoewel deze uitspraak niet helemaal uit deze studie kan worden afgeleid.

Als wij het Verenigd Koninkrijk en Duitsland nemen als voorbeelden van landen met zeer uiteenlopende gezondheidszorgsystemen, verklaart dit model de grote verschillen in het gebruik van medische voorzieningen. In het Verenigd Koninkrijk hebben een abonnementstelsel voor de huisarts en sterke huisartsenopleidingen een verlagend effect op de consultvraag van de patiënt en houden zij verband met uitstel van verwijzing. Patiënten lijken invloed te hebben op de beslissing om te verwijzen, maar zij hebben vrijwel geen mogelijkheden voor rechtstreekse toegang tot specialisten. In Duitsland leidt de vergoeding per verrichting voor de huisarts tot een hogere vraag om consulten, de honorering per verrichting voor specialisten leidt tot verhoging van het aantal verwijzingen en hangt samen met een minimum aan uitstel. De afwezigheid van een sterk opleidingsprogramma verlaagt de vraag naar consulten niet, hoewel een lage huisartsendichtheid weer positief samenhangt met grotere invloed van de patiënt op de verwijzingsbeslissing; een hoge specialistendichtheid hangt in dit geval samen met hogere verwijzingscijfers.

Praktijkenmerken met betrekking tot verwijsgedrag.

Voor het onderzoek naar de invloed van kenmerken van de huisarts en diens praktijk werd een gestandaardiseerde verwijratio voer iedere deelnemende huisarts berekend (Standardised Referral Ratio SRR). Deze SRR-waarden werden per land gerangschikt en de deelnemers werden in quintielen gegroepeerd (hoogst, boven het gemiddelde, gemiddeld, onder het gemiddelde, laagst). De quintilen per land werden in internationale groepen bij elkaar gevoegd die elk ongeveer 300 huisartsen en ± 9.000 verwijzingen bevatten. De quintilen werden onderzocht op de verschillen in leeftijd en geslacht van de artsen, het aantal jaren ervaring als arts, de lokatie van de praktijk, de praktijkvorm, de verschillende maten voor de werklast uit de studie, de relatieve verdeling van de verwijzingen over de verschillende specialisten, de proportie van acute of urgente verwijzingen en de proportie van verwijzingen tot stand gekomen onder invloed van de patiënt.

In de hoogste verwijsgroep werden meer vrouwelijke artsen gevonden dan in de laagste (31,0% : 22,2%). Deze verschillen waren significant. In alle quintilen waren de huisartsen ongeveer even oud, rapporteerden ze een vergelijkbare praktijkervaring en hadden ze een vergelijkbare praktijkvorm. In de hoogste verwijsgroep was er een lichte vertekening in de richting van stadspraktijken, ofschoon tussen verwijscategorie en de afstand tot het ziekenhuis geen verband werd gevonden.

De werklast van de huisarts

De werklast werd op vier onderdelen bekeken - het gemiddelde aantal consulten in een normale werkweek, het percentage huisbezoeken, de opgegeven of geschatte praktijkgrootte (van toepassing voor 755 van de 1548 deelnemers) en het aantal consulten per 1.000 ingeschreven personen. Er was een buitengewoon significant negatief verband tussen de verwijscategorie en het gemiddelde aantal consulten in een normale week. Huisartsen in de hoogste categorie rapporteerden 151 consulten vergeleken met 116 in de laagste categorie.

Vergelijking van de gegevens van de bovenste twee quintilen in elk land met de gegevens uit de laagste twee quintilen lieten een hoger aantal consulten zien bij de huisartsen met hogere verwijscijfers in elk van de landen van West-Europa, met uitzondering van Denemarken en Nederland. De mogelijkheid dat deze uitkomst het gevolg was van een vertekening in het registratiesysteem werd onderzocht en verworpen na zorgvuldige beschouwing van de gegevens.

Geen verschillen werden gevonden met betrekking tot het percentage huisbezoeken of de gemiddelde praktijkgrootte. Het negatieve verband tussen consulten en verwijscijfers bleek ook uit het aantal consulten per ingeschreven patiënt. De laagste categorie van verwijzende artsen verwees gemiddeld 4,3 patiënten per week en de hoogste categorie 11,2 per week. Het drievoudige verschil contrasteert scherp met het kleine verschil in de tegenovergestelde richting: deelnemers in de laagste categorie noteerden 151 consulten per week en die in de hoogste categorie 116.

Hieruit volgt dat in de meeste landen de werklast van de huisarts samenhangt met zijn verwijsgedrag. In de term samenhang kunnen oorzaak en gevolg niet onderscheiden worden. De meest voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat artsen met lage verwijscijfers hun patiënten vaker zien, wellicht om het risico 'iets over het hoofd te zien' zoveel mogelijk te vermijden. Dit beïnvloedt natuurlijk niet alleen hun werkwijze ten opzichte van degenen die daadwerkelijk naar een specialist worden verwezen, maar is te beschouwen als een gevolg van hun algemene werkstijl.

De economische implicaties voor de financiering van de gezondheidszorg van het gebruik van vastgestelde huisartsenbudgetten zijn aanzienlijk, aangezien deze conclusie zou kunnen suggereren dat een budget voor verwijzingen uitgaven voor uitbreiding van consultmogelijkheden mogelijk zou maken. In Engeland komt het budget voor consulten echter in feite neer op honorering per abonnement en kan het niet worden aangevuld uit het budget voor verwijzingen.

Standaarden van gezondheidszorg

De resultaten van dit onderzoek dragen bij tot het vaststellen van de kwaliteit van de gezondheidszorgvoorzieningen. Op sommige terreinen in de geneeskundige zorg worden standaarden ontleend aan de resultaten van klinische experimenten; elders is de gedachte van het bereiken van bepaalde doelstellingen meer van toepassing. Dit onderzoek heeft elementen van de praktijk van de gezondheidszorg bekeken en verschillen belicht. Een zorgstandaard die in het ene land als mogelijk haalbaar beschouwd zou kunnen worden, of in dat land binnen een bepaald specialisme, kan voor een ander land een realistisch doel worden. Ook zijn een aantal zaken aan de orde gesteld die tot steun kunnen zijn voor beleidsmakers van nationale gezondheidszorgsystemen zoals het belang en de inhoud van beroepsopleidingen voor huisartsen en de evenwichtige verdeling van menskracht over specialistische en generalistische zorg.